附件3

公开征求意见表

文件名称：《广东省医疗机构医师附条件注册精神卫生专业执业范围实施方案（征求意见稿）》

填写单位/个人：（盖章/签名） 填写日期：2025年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **具体内容** | **修改建议** | **修改建议的理由** | **提出单位/个人** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：1.填写单位/个人的联系方式：办公室电话（ ）；手机号（ ）；

2.填写单位/个人的联系地址：（详细填写，例如广东省××市××县区（市）××街道/镇/村××路××号×）。